



La Sociedad Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) define la perimenopausia como “el tiempo transcurrido entre el momento en que aparecen los primeros cambios en el ciclo menstrual y el año posterior al cese definitivo de la menstruación.” Es una fase con ciclos menstruales ovulatorios alternando con ciclos anovuladores, que terminan con el cese completo de la ovulación y la amenorrea definitiva. La edad media española de la menopausia se sitúa en los 51 años. El paso de la etapa reproductiva a la no reproductiva puede iniciarse alrededor de los 40 y tener una duración variable de 2-5 o incluso más años.

En este periodo, se producen una serie de cambios en la salud sexual y reproductiva de la mujer que explicaremos a continuación.

¿ES NECESARIA LA ANTICONCEPCIÓN?

La fertilidad de la mujer disminuye de forma natural con la edad a partir de los 35 años hasta el agotamiento folicular en la menopausia, debido principalmente a la disminución progresiva del número y la calidad ovocitaria. Endocrinológicamente, se expresa mediante la disminución de la Hormona Antimülleriana circulante (AMH). La irregularidad del ciclo es una de las manifestaciones clínicas que pueden indicar el inicio de esta transición.



La progresiva reducción folicular disminuye la inhibina B, cuyo papel es clave en la regulación y posterior elevación de la FSH y en la disminución de estrógenos, provocando el acortamiento de los ciclos, a expensas de la fase folicular, y una mayor frecuencia de ciclos disovuladores. Esta elevación de la FSH estimula la producción de testosterona, que junto al hipoestronismo que se instaura en la década de los 40, modifica el cociente andrógenos/estrógenos. La alteración del balance andrógenos/estrógenos es responsable de la aparición de signos androgénicos relacionados con un mayor riesgo cardiovascular: cambios en el metabolismo lipídico, tensión arterial o la distribución de la grasa corporal.

Si bien la función ovárica decae a lo largo de esta etapa, los ciclos anovulatorios y ovulatorios se suceden de forma impredecible, por lo que persiste un cierto riesgo de embarazo y la necesidad de mantener la anticoncepción. La gestación espontánea es rara a partir de los 50 años, pero existen revisiones que evalúan la posibilidad de embarazo en mujeres maduras con relaciones sin protección. Interesa destacar además que se advierte un estancamiento, incluso un ligero aumento, de las tasas de IVE en España en todas las edades a partir de los 35 años, a diferencia de la curva descendente desde 2011 en edades más jóvenes.

SEXUALIDAD

El conocimiento sobre la sexualidad de la mujer madura es insuficiente y a veces controvertido. Algunos autores opinan que el deseo, la excitabilidad y la frecuencia de la actividad sexual femenina merma con la edad, otros en cambio, parecen descartar un declive de la sexualidad relacionado con la edad, al menos de los 40 a 50 años. La mayor incidencia de problemas sexuales se ha relacionado con el periodo postmenopáusico y la presencia de sintomatología, especialmente genito-urinaria. Los comportamientos de la mujer han cambiado y en la década de los 40 se encuentra con pleno potencial respecto al trato interpersonal, laboral, emocional y social.

Estos cambios propician que muchas mujeres a esta edad inicien nuevas relaciones sentimentales que pueden suponer un incentivo de la actividad sexual o del número de parejas y como consecuencia de exposiciones a un embarazo no deseado y/o a las ITS.



USO DE ANTICONCEPTIVOS

La última encuesta SEC, que valora los hábitos anticonceptivos de una amplia muestra representativa de la población española (de 15 a 49 años) informa que el 72,7% de las mujeres encuestadas entre 40 y 44 años y el 60,7% entre 45 a 49 utilizan algún tipo de anticoncepción. No obstante, el porcentaje de mujeres que reconocen mantener relaciones sexuales sin protección con bastante frecuencia alcanza el 29% en las mujeres de 40-44 años y supera el 36,7% en las de 45 a 49 años, siendo más habitual en las que conviven con pareja estable.

También ha disminuido en 2018 el uso del preservativo en estas edades, aunque sigue siendo el método más utilizado (26,3 % en las de 40-44 años y 16,1 % en las de 45-49 años). Le siguen los métodos quirúrgicos, el DIU y la píldora.

ITS

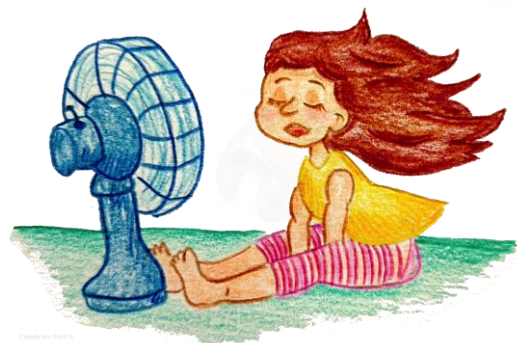
En los últimos años se aprecia en España una disminución de los nuevos casos de VIH /SIDA , sin embargo, desde 2001 existe un repunte de otras ITS (gonorrea, sífilis y chlamydia).

Los datos indican que las mujeres mayores de 40 son menos propensas a usar preservativos, (sólo 11,9% entre 40-44 años y el 8,3% a partir de los 45 usa el doble método), priorizan la confianza e intimidad con su pareja, y consideran el riesgo de adquirir una ITS de menor importancia que el de embarazo. Por ello es trascendente abordar de forma proactiva tanto la anticoncepción como la prevención de las ITS y explicar el interés de hacer pruebas de ITS cuando haya situaciones de riesgo como un cambio de pareja.

SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA

El cese de la función ovárica se acompaña de signos físicos y síntomas que cada mujer experimenta de forma diferente respecto a la frecuencia y severidad.

El cambio de patrón de sangrado menstrual, con acortamiento y/o alargamiento de ciclos, o el sangrado menstrual abundante (SMA), pueden preceder a la aparición de la amenorrea. Los sofocos y sudoraciones nocturnas se presentan en más del 50% de las mujeres y pueden acompañarse de palpitaciones, taquicardias, cefaleas o síntomas psicológicos (irritabilidad, nerviosismo, fatiga, ansiedad, síndrome disfórico premenstrual, trastornos del sueño) que aumentan el riesgo de depresión y enfermedad cardiovascular.



También el inicio del déficit estrogénico disminuye la elasticidad y espesor de la mucosa vaginal provocando sequedad y dispareunia. Además, algunos autores relacionan el descenso de testosterona circulante a partir de los 35 años con una inhibición del deseo sexual. Este cuadro produce incomodidad, desasosiego y, aunque puede afectar a la mayoría de las mujeres, se cree que perturba significativamente la calidad de vida al menos en el 20% de ellas. Si no hay contraindicaciones, un AH combinado (AHC) logra aliviar estos síntomas, y contemplar una pauta extendida que reduce el periodo libre de hormona podría ser especialmente útil.

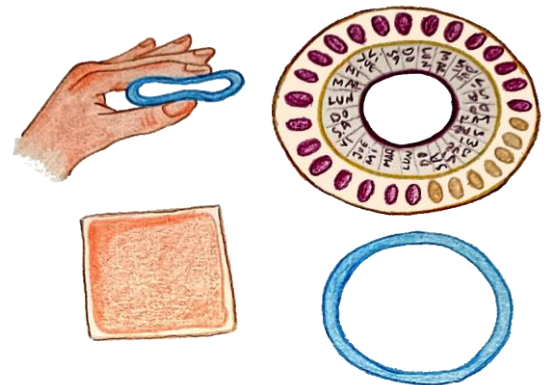


El asesoramiento de un método anticonceptivo (MAC) idóneo a partir de los 40 años ha de contemplar tanto la valoración de las condiciones de la mujer (estado de salud, fertilidad, reversibilidad, estilo de vida, frecuencia sexual, prevención de ITS, conocimiento de métodos, etc..) como las características y cualidades de cada método.

Disponemos de una amplia gama de métodos anticonceptivos y, en todas las guías de anticoncepción existe el consenso de que ninguno de ellos está excluido únicamente por la edad. No obstante, la edad puede convertirse en un factor significativo para el desarrollo de enfermedades que contraindiquen el uso de un MAC: eventos de trombosis, accidente cerebrovascular, IAM o cáncer. Algunos riesgos pueden ser diferentes si el uso de AH comienza después de los 40 (*iniciadoras*) o si se utiliza de forma continuada desde edades tempranas (*continuadoras*).

Hay que poner especial atención a su historial clínico mediante una exhaustiva anamnesis, advirtiendo a las mujeres que presentan algunas entidades médicas (HTA, accidente cerebrovascular, enfermedad cardiovascular, migraña con aura, fumadoras, etc..) que deberían evitar los AHC. Otros antecedentes médicos a tener en cuenta incluyen la trombosis venosa previa, antecedentes de malignidad y el historial de medicación. En el consejo anticonceptivo resulta importante advertir de los riesgos, pero también informar proactivamente de los muchos beneficios no contraceptivos, especialmente los beneficios específicos para este grupo etario.

Los requisitos previos a la iniciación de AHC son: Anamnesis completa, medición de TA, IMC. Conviene una exploración ginecológica y verificar las pruebas de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix y mama según protocolo. Se debe actualizar periódicamente la historia clínica para descartar la aparición de nuevas contraindicaciones y monitorizar, al menos, la TA y el peso.



ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA: Se debe informar de los muchos beneficios del uso de anticonceptivos de la AHC:

- Reducir el sangrado, la dismenorrea y Sº premenstrual.
- Efecto protector frente al cáncer de ovario, endometrio y cáncer colo-rectal.
- Preservar la DMO (densidad mineral ósea).
- Menor incidencia de patología benigna de la mama.
- Mejorar los síntomas climatéricos.
-

Con independencia de la edad, los beneficios de los AHC superan los inconvenientes en mujeres sanas. A excepción del tabaquismo y la obesidad, las limitaciones de los AHC serían similares a las de las más jóvenes. A pesar de ello debemos tener en cuenta los riesgos:

- En las mujeres mayores de 35 años y **fumadoras** los riesgos de la utilización de AHC en general son más elevados que los beneficios.
- No se recomienda la anticoncepción hormonal combinada en mujeres con un **IMC superior** a 35Kg/m².
- Algunos estudios informan de un ligero aumento del riesgo de cáncer de mama y cérvix en usuarias de AHC que desaparece a los 10 años de dejar el anticonceptivo.
- Puede haber un pequeño aumento del riesgo de accidente cerebrovascular isquémico con el uso de AHC.



- Desaconsejar el uso de la AHC en mujeres con **enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular o migraña con aura**.
- La hipertensión puede aumentar el riesgo de Ictus y de IAM en usuarias de AHC en las mujeres mayores de 40 años se debe **controlar la TA** al inicio y en los controles.
- Las diferentes combinaciones de ACO tienen un riesgo relativo diferente de TEV pero la relevancia clínica tiene que valorarse teniendo en cuenta la baja incidencia de eventos de TEV en mujeres sanas de edad fértil.

ANTICONCEPTIVOS SÓLO GESTÁGENOS: Las mujeres perimenopáusicas con contraindicaciones para los estrógenos pueden usar anticonceptivos hormonales de solo gestágeno (ASG). La ASG en todas sus formas (píldora, implante, inyectable o DIU-LNG), son altamente eficaces, debido a la combinación de varios mecanismos de acción entre los que destacan la inhibición de la ovulación y el espesamiento del moco cervical. Los métodos de sólo gestágeno han probado tener una alta eficacia y beneficios no contraceptivos en las siguientes indicaciones:

- Reducción de la menorragia y la hipermenorrea (DIU-LNG, AMPD, PSG, Implante).
- Reducción de la Dismenorrea y dolor pélvico en endometriosis.
- Tratamiento de hiperplasia endometrial y protección endometrial en la TRH (DIU-LNG)
- Reducción del cáncer de endometrio y ovario (AMPD, DIU-LNG)

El AMPD, (acetato de medroxiprogesterona depósito), puede asociarse con una pequeña pérdida de la DMO, que se recupera después de la interrupción. No se recomienda en >45 años y debe ser evaluado periódicamente el balance beneficio/riesgo. Aunque los datos son limitados, la ASG no parece aumentar el riesgo de accidente cerebro-vascular, IAM ni TEV, pero hay que tener precaución con el AMPD en mujeres con factores de riesgo cardiovascular. No hay pruebas concluyentes que relacionen los gestágenos y el cáncer de mama

RECOMENDACIONES METODOS NO HOMONALES: Los **DIU** no medicados son métodos LARC de alta eficacia, idóneos para las mujeres que tienen contraindicaciones o no desean utilizar hormonas. Las usuarias deben ser informadas de que el sangrado leve, abundante o prolongado puede ser frecuente en los primeros meses tras la inserción del DIU-Cu y que estos sangrados pueden ser tratados con AINEs o Ac. Tranexámico. El DIU que se implanta a partir de los 40 años, puede mantenerse hasta la menopausia. Si la menopausia acontece antes de los 50 años, el DIU se puede retirar después de 2 años de amenorrea. Si se presenta después de los 50 se retirará al 1 año de amenorrea. El **preservativo** masculino y femenino consiguen una eficacia del 98% y 95% respectivamente en prevenir embarazos, cuando su uso es correcto y consistente, pero disminuye con uso incorrecto. Además, el uso de preservativo puede reducir el riesgo de contagio de las ITS/VIH.



AulaGinecología.com



Escanea el QR para ver el video!!

AulaGinecología.com